ÜBER DIE

SYMPTOMATOLOGIE

DES

DELIRIUM TREMENS.

INAUGURAL-DISSERTATION

DER

MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

KAISER WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT VON

GUSTAV ASCHAFFENBURG

PRAKT. ARZT

AUS KÖLN A. RH.

WIEN

SELBSTVERLAG. — DRUCK VON CARL GEROLD'S SOHN.

1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. JOLLY.**

MEINEN LIEBEN ELTERN GEWIDMET.

Im Jahre 1813 schied Thomas Sutton zuerst das Krankheitsbild des von ihm sogenannten Delirium tremens als eine auf dem Boden der chronischen Alkoholintoxication erwachsende acute Affection des Gesammtorganismus mit besonderer Betheiligung der psychischen Functionen von der Hirnentzündung (Phrenitis). Das Delirium tremens charakterisierte sich durch den Symptomencomplex: Zittern, Schlaflosigkeit, Delirien mit Sinnestäuschungen. Seitdem ist an der speciellen Symptomatologie dieser Krankheit mancherlei vervollkommnet worden, ohne dass indessen zu den bisherigen Symptomen ein neues, besonders charakteristisches hinzugekommen wäre. Da es an eigentlich somatischen Erscheinungen mangelte, deren mehr oder minder scharfes Hervortreten eine Differenzierung des Krankheitsbildes nach dieser Richtung ermöglichte, wurden die mannigfachsten Versuche gemacht, die Aetiologie, den Verlauf, endlich die äusserlich zu Tage tretende Form der psychischen Störung zum Ausgangspunkte einer Einteilung zu machen. So finden wir nachgerade fast bei jedem Autor, der über das Delirium tremens gearbeitet hat, eine andere Einteilung, ohne dass es zu einer einheitlichen, allgemein anerkannten gekommen wäre.

Ein neuer Versuch, einige Formen des Delirium tremens abzugrenzen, wurde von Witkowsky[1] durch einen auf der X. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden 1885 gehaltenen Vortrag gemacht. Witkowsky trennt neben dem „gewöhnlichen“ Delirium tremens,

also wohl der durch körperliche Erkrankung, Abstinenz u. s. w. ausbrechenden, als Inanitionsdelir bezeichneten Form, noch zwei Haupttypen ab. „Beide sind selbstständige Vorgänge, die nicht als Symptome anderer Krankheiten auftreten, und dementsprechend durch das Zurücktreten körperlicher Symptome einschliesslich der Innervationsstörungen (Tremor u. s. w.) gekennzeichnet werden".

Ueber die Zugehörigkeit der zweiten Form zum Delirium tremens ist der Standpunkt der Psychiater ein verschiedener. Witkowsky selbst nennt sie den Uebergang zwischen Delirium tremens und gewöhnlicher Geisteskrankheit; er rechnet hierhin die acute alkoholische Verrücktheit einerseits, anderseits Formen, die sich „mehr weniger ausgesprochen der Manie, Melancholie, Hysterie, dem Stupor oder der Paralyse anschliessen, meist auf vorbereitetem Boden, bei Schwachsinnigen, Traumatikern, Unerwachsenen, oft sehr frühzeitig, entstehend, im Allgemeinen mit günstiger Prognose." Wilhelm von Speyr[2] trennt die acute alkoholische Verrücktheit, von der er ein wohlcharakterisiertes Krankheitsbild entwirft, vom Delirium tremens als eine unabhängige, wenn auch manchmal nur schwer zu trennende Form der Exacerbation der chronischen Alkoholintoxication, während die andern Formen Witkowskys von Krafft-Ebing[3] als, dem Delirium tremens gleichwertige, specifische „Alkoholpsychosen" aufgefasst werden. Bei der Kürze, mit der im Referate dieser zweite Typus behandelt ist, entzieht sich diese Ausführung des Vortragenden der Kritik.

Dagegen beschreibt er die andere Form, das Delirium a potu nimio ganz ausführlich. „Man kann regelmässig, kurz vorangegangene starke Excesse nachweisen. Doch vergehen immer ein bis drei Tage; niemals findet ein ganz directer Anschluss statt, es handelt sich also nicht etwa um eigentlichen Rausch. Mit den sonstigen Innervationsstörungen sind auch die Sinnestäuschungen weniger entwickelt, sie erscheinen weniger massenhaft und weniger elementar, es fehlt der sonst so häufige kaleidoskopische Wechsel der Visionen an Grösse, Farbe, Entfernung. Statt dessen findet sich eine geschlossene Kette zusammenhängender Erlebnisse, eine systematisierte Verfolgungsgeschichte, bei deren Entstehung meist

Wahrheit und Dichtung, viel subjectiv und wenig objectiv Erlebtes concurriert haben .... kurz eine ganze Summe logisch verknüpfter, wesentlich traumähnlicher Verfolgungsvorgänge. Regelmässig hat die Sache des Nachts gespielt oder doch begonnen und ist bei der Aufnahme des Kranken völlig abgeschlossen, wird als etwas Vergangenes erzählt."

„Die Erinnerung bleibt bis in die Einzelheiten erhalten, und zwar, wie es scheint, dauernd." (W. konnte noch nach 10 Jahren genaue Erinnerung constatieren.) „Wenn dieses Verhalten der Erinnerung constant ist, so liegt darin ein sehr wichtiges Unterscheidungsmerkmal gegen viele anderweitige acute Aufregungszustände, in denen wie beim Rausch oder der Epilepsie die Erinnerung zu fehlen oder doch nur summarisch und auch nur kurz nach Ablauf des Anfalls vorhanden zu sein pflegt, um später zu verschwinden."

Meist greift der Vorgang über eine Nacht hinaus, dauert aber wohl selten länger als dreimal 24 Stunden. Abgesehen von äusseren Ereignissen des Lebens ist das Leben nicht gefährdet. Ausgang in Verrücktheit oder Schwachsinn ist dagegen nicht ganz selten.

Witkowsky fasst den Begriff Intoxicationsdelir ausserordentlich eng auf. So rechnet er hierhin kein Delirium, das bei einem durch schlechte Ernährung heruntergekommenen Individuum im Anschlusse an Excesse auftritt, sondern nennt dieses eine Mischform. Ausserdem aber fordert er zwischen Excess und Beginn des Delirs ein von jeder psychischen und somatischen Störung freies Intervall von ein bis drei Tagen. Näcke[4] nimmt anfängliche Verdauungsstörungen als Prodromalstadium für das idiopathische Delirium tremens (d. h. für das nach Excess in baccho, nach heftiger psychischer Alteration, Krämpfen oder aus unbekannter Ursache entstehende) in Anspruch. „Es dauert gewöhnlich zwei bis drei Tage und es prävalieren bald gastrische bald cerebrale Erscheinungen, also Appetitmangel, unregelmässiger Stuhl, Aufstossen, belegte Zunge einerseits und Unruhe, zweckloses Umhertreiben, Störungen des Schlafes durch wüstes Träumen, beginnende Agrypnie u. s. w. anderseits." Dieses Stadium be-

trachtet Witkowsky aber nicht, wie üblich, als einfache prodromi, sondern als Veranlassung des Delirs. Es dürfte schwer sein, die Behauptung zu rechtfertigen, anfängliche Verdauungsstörung sei nicht Symptom des beginnenden Delirs, sondern Veranlassung zum Ausbruch desselben, da diese Erscheinung doch zu regelmässig auftritt, oft schon in Begleitung leichter psychischer Alteration, um so ohne Weiteres als zufällige Erkrankung und dadurch als Ursache des Delirs aufgefasst zu werden.

Dazu kommt, dass wohl nach grossen Excessen bei durch andauerndes Potatorium ohnehin kaum jemals normalen Verdauungsorganen eine mehr weniger starke Affection des Magens nicht oft vermisst werden dürfte.

Fassen wir also mit Witkowsky nur diejenigen Fälle als reine Intoxicationsdelirien auf, bei denen kräftige Individuen nach grossen Excessen dem Delirium tremens anheimfallen, ohne dass intercurrente Verdauungsstörungen das reine Bild des Intoxicationsdelirs verwischt haben, so müssten alle diese Fälle wenigstens ein traumartiges zusammenhängendes Verfolgungsdelir zeigen. Anderseits dürfte, was Witkowsky ja auch absolut negiert, der Zusammenhang der Wahnideen, die geschlossene Kette der Vorstellungen in keinem Falle auftreten, in welchem Inanition den Ausbruch des Delirs hervorgerufen oder begünstigt hat.

Ich habe nun in das in den letzten fünf Jahren auf der Strassburger psychiatrischen Klinik gesammelte Material, im Ganzen 38 Beobachtungen bei 33 Personen gerade in Bezug auf die zusammenhängenden systematisierten Verfolgungsideen untersucht, dann auch besonders auf die im Anschlusse an Excesse ohne intercurrente Verdauungsstörungen entstandenen Delirien hin. Es ist im Ganzen kein grosses Material, und es sind auch nicht alle Krankengeschichten gleichmässig nach jeder Richtung hin für die Lehre vom Delirium tremens zu verwerten, da bei einigen die Notizen zu unvollständig sind, um genügende Sicherheit zu gewähren. Immerhin bieten sie nicht nur in Bezug auf die Witkowskysche Form Interessantes genug, um einer genaueren Durchsicht wert zu sein.

Unter meinen Krankengeschichten befinden sich sechs Fälle, in denen das Delirium ausbrach, nachdem die Patienten starke Excesse begangen hatten. Aber nur zwei der Fälle besitzen das von Witkowsky geforderte Intervall zwischen Excess und Beginn der Erkrankung. Bei den anderen vier Patienten begann der Deliriumszustand noch bevor dieselben ihren Rausch ausgeschlafen, doch gehören alle vier Fälle nicht zum Alkoholismus acutus, der ivresse convulsive; dagegen spricht der langsame Verlauf des Delirs (in zwei Fällen 3, in einem 6, in einem 8 Tage).

Wenn auch nicht bei allen Patienten die körperlichen Erscheinungen zurücktraten, so ist doch dreimal ausdrücklich notiert, dass sie gering seien, einmal, dass sie auffallend stark sind, aber bald zurücktreten.

Unter den sechs Fällen ist nun dreimal ein deutlicher, logischer Zusammenhang in den Wahnideen zu verfolgen, alle dreimal Verfolgungswahn, der sich allerdings nur bei zwei Patienten gegen ihre eigene Person richtete. Der eine der Fälle entspricht im Beginn ziemlich genau dem Witkowskyschen Schema, nur dehnt sich das Festhalten des Verfolgungsdelirs über zehn Tage aus.

Beobachtung 1.

H. Georg, 42 Jahre, Zimmermann.

Eine Schwester geisteskrank. Sonst gesund, zum zweitenmale verheiratet. Trinkt immer viel Bier, 15—20 Schoppen, auch Wein, aber keinen Schnaps. Bei Gelegenheit der Kirchweih am 31. Juli besonders viel getrunken. Befand sich bis Dienstag, 2. August, Abends, ganz wohl. Dann äusserte er, er müsse mit seiner Frau sterben; war sehr ängstlich. Nach einer schlaflosen Nacht erzählte er am andern Tage, er sei verurteilt, weil er zur Patriotenliga gehöre. Von da an bleibt er mehrere Tage in dem Wahne, er werde wegen politischer Verbrechen verurteilt und eingesperrt. Am 9. August taucht daneben der Gedanke auf, seine Frau sei auch verloren, weil sie mit seinen beiden Söhnen aus erster Ehe im Alter von 18 und 22 Jahren ein Verhältniss habe. Bis dahin kamen vereinzelte Hallucinationen, speciell Thiervisionen nicht zur Beobachtung. Motorische Symptome

gering. Mässig viel Albumen. Vom 10. ab hört er auch vereinzelte drohende Stimmen, ausser Zusammenhang mit seiner Wahnidee, die er am 12. für möglicherweise erträumt hält. Hat von da ab vereinzelte Hallucinationen des Gehörs, theils ganz ohne Zusammenhang, theils ganz unverständlicher Natur. Klagt über wirres Träumen. Durch eingetretene Diarrhoe und zu frühzeitigen Austritt aus der Anstalt exacerbiert das Delir nochmals, ohne dass andere als ganz abrupte Traumvorstellungen zu Tage traten. Erst am 15. September ist er ganz frei. Es besteht völliges Bewusstsein der abgelaufenen Krankheit und genaue Erinnerung.

Während in dieser Krankengeschichte sich sehr schön der logische Zusammenhang der Wahnideen verfolgen lässt, zeigen sich bei dem andern Patienten, bei dem nach einem neuntägigen permanenten Branntweinrausch (Patient ist Dipsomane) am dritten Tage das Delirium ausbrach, alle möglichen Hallucinationen und Illusionen der gewöhnlichen Art. Patient sieht Mücken hin und her fliegen, Puppen, teils schwarze, teils farbige tanzen und Musik machen. Ferner hört er Stimmen, die ihm drohen, hört Hunde bellen. Patient sieht alles in Bewegung. Der Anfall dauerte drei Tage.

Patient sagt nach der Genesung aus, dass er gewöhnlich nicht trinke, aber alle paar Wochen trinke er hintereinander 10—12 Tage lang täglich ein bis zwei Liter Schnaps. Das Delir sei, wie schon zweimal früher, immer zwei bis drei Tage nach dem Excesse ausgebrochen.

Es entspricht dieser Fall doch in Bezug auf seine Entwicklung allen Anforderungen des Witkowskyschen Intoxicationsdelirs, ohne auch nur eine Andeutung einer systematisierten Verfolgungsgeschichte. Einen Zusammenhang der Wahnidee zeigen von den im Anschluss an Excesse ausgebrochenen Delirien noch zwei andere Fälle, nur fehlt eben das physisch und psychisch freie Intervall. Der eine Patient wurde am Morgen nach dem Excess in vollem Delir eingebracht, der andere gegen Morgen von der Polizei, die ihn, auf der Strasse sich herumtreibend, gefunden hatte, in's Spital geschafft. Der erste Patient gab an, er sehe seinen Schwiegervater an einem Wasser stehend und Kinder

in's Wasser werfend, die dann immer wieder herauskommen, um wieder hineingeworfen zu werden. Er sieht das Wasser aufspritzen, sieht auch seine eigenen Kinder mit anderen in einem Tragkorb in's Wasser schütten, „wie man dem Vieh das Futter vorwirft."

Daneben vereinzelte Hallucinationen des Gesichts, „Blendwerk, das jemand gemacht habe". Gefühlhallucinationen. Bis auf Zeitbestimmungen ist er gut orientiert.

Der andere Patient behauptete bei sonst ganz richtigen Angaben über seine Person und seine Verhältnisse, er sei vor etwa einem Jahre wegen Unterschlagung in Breslau verurteilt worden. das mache ihn in Strassburg, wohin er seit zwei Tagen als Geometer versetzt war, unmöglich. Neben dieser völlig erfundenen Geschichte, hört er noch die Stimme seiner Mutter, die sich auch mit der Verurteilung beschäftigt, und Leute, die ihm drohen. Am sechsten Tage der Erkrankung erst erscheint ihm seine Verurteilung nicht mehr glaubhaft.

Die beiden anderen Fälle von Intoxicationsdelirium bieten in Form und Inhalt der Wahnideen nichts besonderes, Sinnestäuschungen der verschiedensten Art in buntem Wechsel, wie bei dem gewöhnlichen Inanitionsdelir. Zeigen also auf der einen Seite nur drei Intoxicationsdelirien, darunter eines, das sämmtlichen Anforderungen Witkowskys entspricht, eine logische Verknüpfung der Sinnestäuschungen zu einem zusammenhängenden Verfolgungsdelir, so muss ich andererseits dem Verfasser entschieden widersprechen, wenn er dies beim Inanitionsdelirium nie gesehen hat. Von den 33 Inanitionsdelirien, über die ich verfüge — ich fasse vorläufig unter diesem Namen alle nicht im Anschluss an Excesse, also gleichgiltig, ob ohne nachweisbare Ursache, durch Abstinenz, schwere körperliche Erkrankung, epileptischen Anfall entstehende Delirien zusammen — sind bei nicht weniger als acht Fällen zusammenhängende Verfolgungsdelirien notiert. Meistens bestehen dabei keine anderweitigen zusammenhangslose Hallucinationen, die sich, für den Beobachter wenigstens, nicht auf die betreffenden Wahnideen beziehen. In dem einen Falle war das Delirium kein eigentliches Verfolgungsdelir.

2. Beobachtung.

H. Johann, 49 Jahre, Mälzer. Trinkt seit lange viel Bier. Wein und Schnaps. Erkrankte am 11. November 1886 an acuter Gastroenteritis. Am 13. Abends wurde er unruhig, sah Gestalten und wurde aggressiv gegen seine Umgebung; wird deshalb zur Klinik geschafft. Bei der klinischen Vorstellung entwickelt er eine lange Geschichte, wie er gestorben sei und begraben wurde. Er selbst habe zugesehen. Dann sei er in die Hölle gekommen. In der Hölle würden Menschen gemetzt, er habe dabei helfen müssen; auch sein Bruder sei gemetzt worden. Viele blieben am Leben, da sie arbeiten mussten. Erzählt lebhaft eine Scene, wie ein kleiner Teufel die Leute in fünf Stunden zu Tode gequält habe. Erst am 18. beginnt er an der Realität dieser Erzählungen zu zweifeln. am 19. ist er wieder ganz klar. Neben dieser Höllenvision vereinzelt auch Thiervisionen.

Ist die Traumvorstellung dieses Patienten auch gerade kein Verfolgungswahn, so ist doch der logische Zusammenhang, die Systematisierung seines pathologischen Denkens eine sehr deutliche, bei doch entschieden starkem Hervortreten des Unangenehmen und Schrecklichen in seinem Wahne. Interessant ist, dass bei einem zweiten Anfalle von Delirium tremens bei demselben Patienten, ein halbes Jahr später, ebenfalls nach Magendarmkatarrh ausbrechend, wieder Höllenerlebnisse der Inhalt seiner Hallucinationen sind. Diesmal aber sieht er sich selbst von den Teufeln verfolgt, mit Flüssigkeiten von betäubendem Geruche gespritzt.

Höllenerlebnisse sind neben sehr vereinzelten sonstigen Hallucinationen der Gegenstand des Deliriums eines Pneumonikers. Er produciert meist diese zusammenhängenden Vorstellungen: Er sei in der Hölle, sah dort den Teufel, Männer, schwarze und vergoldete, die Rauch machten, der ihn ersticke. Er wehrt den Rauch mit dem Taschentuche ab.

Es ist vielleicht gestattet, die Vorstellung des erstickenden Rauches und daran anschliessend die erklärende Wahnvorstellung von der Hölle auf die Athembeschwerden des Kranken in Folge seiner Pneumonie zurückzuführen.

Ein Patient erkrankte nach Blutbrechen aus unbekannter Ursache mit nachfolgendem epileptischen Anfall an Delirium tremens. Er sah Personen, die wegen unbefugten Fischens verfolgt würden, und fürchtet dann selbst wegen Fischfrevels verurteilt zu werden. Springt vor Angst aus dem Fenster.

Bei einem anderen — der Anfall brach in Folge freiwilliger Abstinenz aus — entwickelte sich ein typischer Verfolgungswahn, der vier Tage lang andauerte und neben sehr vereinzelten unabhängigen Hallucinationen sich hauptsächlich um die Idee drehte, er werde wegen Desertion aus dem französischen Heere verfolgt, Polizisten sollen ihn auf Befehl des französischen Kriegsministers abholen; er machte in seiner Erregung den Versuch sich zu erwürgen und als dieser vereitelt wurde, sprang er aus der ersten Etage seiner Wohnung herunter, wobei er sich eine Malleolenfractur zuzog. Am vierten Tage wurde er über das Grundlose seiner Furcht völlig klar, zeigt dann noch zwei Tage lang Thiervisionen.

Drei Tage lang hielt ein anderer Kranker die Idee fest, er habe in einem Bordell Unzucht getrieben und sei deswegen vor Gericht gewesen und verurteilt worden. Alle Hallucinationen und Illusionen des Gesichts beziehen sich auf Frauengestalten, er sieht sie bei der klinischen Vorstellung an der Decke des Saales, sie winken und rufen ihm zu, tanzen und springen durcheinander, aus einem Loche der Wand sieht er sie hervorkommen. Am vierten Tage Krankheitseinsicht.

In Folge Abstinenz wegen Periostitis des Oberkiefers brach bei einem Patienten das Delirium aus, der zwei ganz verschiedene, aber jede für sich völlig zusammenhängende Traumvorstellungen producierte. Die eine, nicht schreckhaften Sinnes, war seine Bestallung als Laternenanzünder. Daneben aber erzählt er immer wieder, wenn auch zuweilen etwas modificiert, eine Geschichte von der Ermordung seiner Nachbarin durch ihren Mann; ihr Hülfegeschrei, das Hinzukommen der Schutzleute u. s. w. Daran schliessen sich weitere hallucinierte Ermordungsscenen und schliesslich die Befürchtung, man wolle ihm an's Leben.

Den letzten Fall möchte ich noch ausführlicher anführen, da es interessant war zu sehen, wie sich der Patient seine Verfolgungsidee aufbaute und entwickelte.

3. Beobachtung.

G. Theodor, 47 Jahre, Leichenträger und Wirt, starker Potator, erkrankte am 13. Januar 1890 an Influenza. Hielt sich noch einige Tage ausser Bett, musste sich dann aber zu Bette legen und trank nichts mehr. Am 20. brach das Delirium aus, zuerst Hallucinationen von Käfern, Mücken, Figuren, Frauenzimmern in buntem Durcheinander. Erst in der Nacht vom 21. zum 22. entwickelte sich der Verfolgungswahn, den Patient etwa so schildert:

Physiker aus dem Casinotheater hätten in seinem Wirtszimmer Probe gehalten. Schliesslich seien alle fortgegangen, nur zwei blieben zurück; den einen hielt er für den Koch im Casino, es war aber ein Student, wahrscheinlich heisst er Koch. Die beiden setzten sich auf das Bett und warfen mit Mücken und Käfern nach ihm. Er verwies ihnen das und als sie trotzdem nicht abliessen, ging er unter Schimpfworten in's Schlafzimmer seiner Frau und Tochter. Auch hierhin folgten ihm die Beiden. Er erging sich dann in allerhand Scheltworten, nannte den Koch Cretin. Wegen dieses Ausdruckes muss er sich einem Studentengerichte unterziehen. Dasselbe tagt heute Morgens 8 Uhr im Casino. Patient wird sich zehn Foltern unterziehen müssen; die erste besteht in glühenden Reifen um die Füsse u. s. w. — Mittags hatte Patient Besuch von seiner Tochter, behauptete nachher, erfahren zu haben, dass die Sache noch nicht zur Verhandlung gekommen sei, sondern noch schwebe. Zwei Tage später gesellen sich zu der fortbestehenden Wahnidee des „Studentenfehmgerichts“ noch zwei weitere Traumvorstellungen von einer Prügelei mit einem Kohlenhändler, wobei er des Nachts gegen einen anderen Kranken aggressiv wurde, so dass er isoliert werden musste, und von einer weiteren mit zwei Soldaten.

Tremor stark. Reichlich Albumen. Wurde bald klar und konnte am 1. Februar mit guter Krankheitseinsicht entlassen werden.

Zusammenhängende Traumvorstellungen und systematisierte Verfolgungsgeschichten als charakteristisch für das Intoxicationsdelirium hinzustellen, ist nach dem vorstehend Mitgeteilten wohl unmöglich.

Nach Mendel's[5] Definition sind Delirien „im Gebiete der inneren Sinneswahrnehmung oder der Association der Denkvorstellungen oder der Gefühle oder in mehreren dieser Functionen gleichzeitig sich vollziehende pathologische Vorgänge, die von dem Kranken wegen krankhaft gestörter Besonnenheit als krankhaft nicht anerkannt werden." Es lässt sich nun wohl annehmen, dass, je energischer sich diese pathologischen Vorgänge vollziehen, je rascher also die Delirien sich folgen, je wechselvoller ihrem Inhalte nach sie sind, um so weniger eine pathologische Denkthätigkeit nebenher gehen kann, die im Stande ist, aus den Sinnesdelirien eine Wahnidee aufzubauen und nun alle weiteren Wahrnehmungen im gleichen Sinne umzudeuten und zu verwerten. Auf der anderen Seite verschwinden die Wahnideen, das Product der pathologischen Denkthätigkeit, mit dem Abblassen des Krankheitszustandes, bevor alle Hallucinationen und Illusionen, d. h. die pathologischen Wahrnehmungen verschwunden sind. Es muss also auch eine gewisse Intensität der Delirien bestehen, da sonst der Kranke, wenn auch nicht fähig, jede einzelne pathologische Wahrnehmung als krankhaft zu erkennen und zu verbessern, doch die Summe der Erscheinungen als nicht normal aufzufassen, seinen Wahn mehr und mehr anzuzweifeln beginnt und endlich mit zunehmender normaler Denkthätigkeit trotz vereinzelter Hallucinationen genaue Einsicht in das Pathologische seines Ideenganges erhält. Jedenfalls aber richtet sich Menge und Form der krankhaften Wahrnehmungen und ihre etwaige Verwertung im Sinne eines Verfolgungswahnes nicht nach uns — vorläufig wenigstens — erkennbaren äusseren Einflüssen. Es kann nicht zugegeben werden, dass ein exquisites Verfolgungsdelir mit zusammenhängenden Wahnvorstellungen sich nur bei Intoxicationsdelirien finde. Damit fällt die wichtigste Stütze der Aufstellung eines besonderen Intoxicationsdelirs als selbstständiger Form des Delirium tremens.

Nicht nach dem den Ausbruch veranlassenden Momente als solchem, sondern von der das Delirium tremens complicierenden und nebenbei natürlich oft veranlassenden körperlichen Erkrankung ausgehend, teilt Wilhelm von Speyr[2] das Delirium tremens ein, in:

a) das einfache Delirium tremens;

b) das Delirium tremens nach einem epileptischen Anfall;

c) das durch schwere fieberhafte Krankheiten und Wunden complicierte Delirium tremens.

Der Verfasser wendet sich dabei zuerst gegen den Versuch Magnan's[6] das uncomplicierte Delirium tremens in ein fieberloses und in das fieberhafte zu scheiden. Er wendet mit Recht ein, dass zwei, vielleicht sogar drei der Fälle Magnan's gar nicht dahin gehören. Er nimmt vielmehr die Gefährlichkeit, die Schwere der körperlichen Symptome, das häufige Vorkommen von Temperatursteigerung, Muskelstössen, Albuminurie für das Delirium nach alkoholischer Epilepsie in Anspruch. In allen meinen Fällen, mit einer Ausnahme, auf die ich gleich zurückkommen werde, konnte ich als Grund der Temperaturerhöhung somatische Erkrankungen finden. Nur ein Epileptiker war nicht fieberfrei; es fand sich links hinten Dämpfung.

Der eine erwähnte Fall zeigt alle Symptome des Delirium tremens febrile.

4. Beobachtung.

K. August, Bezirksthierarzt, 46 Jahre. Hereditär belastet, selbst aber bis jetzt psychisch gesund. Trank bis vier Liter Wein. Auch starker Raucher. Seit December 1888 leichte Reizbarkeit. Seit Mitte Mai schlechter Schlaf. Gedächtnissschwäche, Schwindel und Beängstigung. Seit einiger Zeit Magencatarrh. Trank in den letzten Wochen weniger. Seit dem 2. Juni Abends aufgeregt, sieht schwarze Männer, Pferde, Ochsen, Hühner, sieht an seinen Händen und Kleidern schwarze Flecke, zupft an imaginären Fäden. Bei der klinischen Vorstellung am 5. Juni zeigt er sich völlig unorientiert, verkennt alle Gegenstände, er macht offenbar Gesichtswahrnehmungen, das Wahrgenommene aber bleibt ihm unverständlich.

Patient ist sehr unsicher im Stehen, losgelassen knickt er in den Knieen zusammen. Zunge, Finger und Hände zittern stark. Sprache ist schwerfällig durch Ungeschick in der Zunge. Patellarreflex fehlt gänzlich. Pupillarreaction entschieden abgeschwächt, Gefühllosigkeit und Kälteempfindung in beiden Füssen. Seit einem halben Jahre lancinierende Schmerzen in den Beinen. — Viel Albumen. Morgentemperatur 38·7.

Am 9. Juni starb Patient; die Section (Prof. von Recklinghausen) ergab ausser dem gewöhnlichen Befund an Darmkanal und Leber der Alkoholiker, geringem Lungenödem, an einzelnen Stellen starke Rötung und Undurchsichtigkeit der dura mater im Brustteil. Verdickung und Undurchsichtigkeit der hinteren Seite der Arachnoidea. Starke Gefässschlängelung. Rückenmark von guter Consistenz. Keine Veränderung in der Durchsichtigkeit der Teile. Graue Substanz stark gerötet. Die medialsten Teile der Hinterstränge stellenweise besonders gerötet, die Rötung aber lateralwärts nicht scharf begrenzt.

Dura und pia mater an der Basis des Schädels stellenweise verwachsen. Pia am Eingang der fossa Sylvii stark verdickt und trüb. An der Convexität sind die sulci stark eingesunken; die pia derb, feucht, stark injiciert, ist aber trotz der grossen Feuchtigkeit schwer von den gyri zu entfernen. Starke Punktirung, herrührend von Gefässöffnungen. Beide Ventrikel weit, Ependym dick, brüchig. Leichte Granulationen. Die Oberfläche der grossen Ganglien, besonders des thal. opt., und die der Rautengrube runzelig, stellenweise parallel verlaufende Falten. Im centrum semiovale viel Gefässe. An der capsula externa rechts ein linsengrosser Heerd, in welchem zahlreiche kleine Gefässe nebeneinander. Der mediane Teil der Grosshirnganglien mit vielen Blutpunkten versehen, namentlich an dem medianen Teil der thalami.

Für die im Leben vorhandenen Symptome einer Tabes fand sich also post mortem kein anatomisches Substrat. Ob der Fall deshalb in's Gebiet der Pseudotabes, der Neuritis alkoholica gehört, ist bei der entschiedenen bestehenden Herabsetzung der Pupillarreaction fraglich. Im Uebrigen ergab also die Section die

gleichen Befunde, wie sie Magnan in den fünf seiner sieben Fälle schildert, die zur Autopsie kamen, nämlich das Bestehen einer transsudativen Hyperämie bei älteren chronisch entzündlichen Processen. Es bestand also jedenfalls eine tiefergreifende Affection des Centralnervensystems, die uns erklärt, warum die Reaction des erkrankten Gehirns auf die Hyperämie eine so schwere sein musste. Die gleichen anatomischen Läsionen finden wir aber bei den meisten Fällen von Delirium acutum und ich möchte deshalb Mendel[7] zustimmen, der glaubt, dass das Delirium tremens febrile Magnan's, im Wesentlichen das Bild des Delirium acutum biete.

Ich habe unter meinen Krankengeschichten im Ganzen nur fünf, in denen sich Epilepsie mit dem Potatorium verband, also ein sehr geringer Procentsatz, da Westphal[8] bei einem Drittel aller Aufgenommenen frühere Epilepsie fand und bei einem weiteren Drittel der Nichtepileptiker im Anfall des Delirium tremens Epilepsie ausbrechen sah. Unter meinen Kranken war kein Epileptiker, dessen Widerstand gegen den Alkohol durch seine epileptische Anlage herabgesetzt war und der dadurch dem Delirium verfiel, wofür Galle[9] aus der Berliner Charité eine Reihe von Fällen beschreibt. Nach Dethlefsen[10] haben epileptiforme Krämpfe bei chronischem Alkoholismus kaum etwas mit eigentlicher Epilepsie zu thun, er hält vielmehr diese Krämpfe für ein dem Delirium tremens entsprechendes, aber es durchaus nicht ausschliessendes Symptom des Alkoholismus. In 55·4% folgt nach ihm den epileptiformen Anfällen, „dem letzten Warnungszeichen", das Delirium tremens. Ob man nun mit dem citierten Autor diese Krämpfe zur Epilepsie rechnen will oder nicht, jedenfalls waren in meinen fünf Fällen die Anfälle nur die Symptome der chronischen Alkoholintoxication. Die Krämpfe traten erst zu einer Zeit auf, wo alle schon längst chronische Potatoren waren, nur einer war erst 31 Jahre alt, drei über 40, der älteste schon 56 Jahre.

In zwei Fällen setzte das Delirium markant ein, nachdem ein epileptischer Insult vorhergegangen war. Bei dem einen schloss sich der Ausbruch des Delirs fast unmittelbar an eine

Reihe von schweren Anfällen an. Der Patient starb am fünften Tage. Die Section ergab auf der Höhe der Gyri einzelne Blutpunkte, ganz kleine Erweichungen zu beiden Seiten der Convexität. Ependymitis und Erweiterung des IV. Ventrikels. Geringe Aspirationspneumonie. Lungenödem. Fettembolie der Lunge. Bei dem zweiten Patienten begann die Verwirrung nach zwei Anfällen am gleichen Tage (nach einer anfallsfreien Zwischenzeit von über einem Jahre). Der Fall complicierte sich durch Hinzutreten einer Pneumonie. Gleichwohl war der Verlauf ein recht günstiger, das Delirium in fünf Tagen abgelaufen. Bei dem dritten Patienten setzte das Delir drei Tage nach dem letzten epileptischen Insult ein, bei dem vierten endlich war, nachdem er ziemliche Quantitäten schwarzen Blutes ohne nachweisbare Ursache erbrochen, am andern Tage der erste epileptische Anfall mit Bewusstlosigkeit, Krämpfen, Zungenbiss eingetreten. Es lässt sich schwer entscheiden, ob das Delirium tremens, das am vierten Tage darauf begann, dem Blutbrechen oder dem epileptischen Insulte zuzuschreiben ist.

Der fünfte meiner Kranken zeigte seit zwei Jahren schwere körperliche Erscheinungen, besonders Schwindelanfälle (vertigo?), in deren Verlauf es zweimal zu Zuckungen der Extremitäten bei gleichzeitiger Bewusstlosigkeit gekommen war. Doch war die körperliche Schwäche des Patienten und die durch allgemeines Unwohlsein hervorgerufene Abstinenz vielleicht eher die Ursache des Delirs, obgleich es vier Tage nach dem letzten Anfalle begann.

Die letzten vier Fälle endeten mit Genesung.

Bevorzugung eines besonders epileptogenen Getränkes, als welche Magnan[11] Absinth, Fürstner[12] Nordhäuser anspricht, war nicht zu constatieren. Einer hatte nur Wein, einer Wein und Schnaps, zwei Bier und Schnaps getrunken, der letzte „mit Leidenschaft“ guten Rum und Cognac, also wohl stark alkoholische, aber relativ fuselfreie Getränke. Absinth hatte keiner dieser fünf Patienten getrunken, wie denn auch der einzige Fall unter meinen Krankengeschichten, bei dem reichlicher Absinthgenuss zugestanden wurde (3. Beobachtung), ohne Epilepsie verlief.

Mit Ausnahme des ersten, tödtlich endenden Falles, war das Delirium durchaus kein besonders schweres, weder zeigte sich besondere Schwere der körperlichen Erscheinungen, eine längere Dauer (alle waren in sechs Tagen hergestellt), noch sonstige Zeichen einer schweren Form. Ich kann Speyr selbst als Beweis anführen, dass das Delirium tremens nach Epilepsie sehr leicht verlaufen kann, denn sowohl seine 14., wie die 15. Beobachtung verlaufen ohne jede besonders schwere Erscheinung. Temperatursteigerung bestand bei dem letzten Patienten, doch ist sie auch wahrscheinlich mit der im Anfall zugezogenen Verletzung in Zusammenhang zu bringen.

Dass ein Delirium tremens bei Epileptikern schwerer auftreten kann, ist selbstverständlich. Der epileptische Insult stellt nach Krafft-Ebing[13] „unzweifelhaft einen besonderen Reactionsmodus eines krankhaft veränderten Gehirns dar, zugleich einen Symptomencomplex, der mit einem einzigen Symptome nie erschöpft sein kann.“ Trifft also Epilepsie und Potatorium zusammen, oder entsteht erstere durch letzteres, so wird die Reaction des krankhaft veränderten Gehirns eine noch energischere, in Form und Folge bedeutsamere sein können. Aber es ist doch nicht notwendig, dass die Erscheinungen schwerer sein müssen, und jedenfalls bieten die Delirien der Epileptiker keinen so constanten, charakteristischen, bei aller individueller Verschiedenheit gleichmässigen Typus, dass diese Form vom gewöhnlichen Delirium abgezweigt zu werden verdiente.

Endlich möchte ich auch dem Versuche entgegentreten, als ob sich das Delirium tremens bei schweren, fieberhaften Erkrankungen „bedeutend“ von einem durch Aussetzen des gewöhnten Getränkes entstandenen unterscheide. Speyr selbst gibt zu, der Unterschied liege weniger im Ausdrucke als in Dauer und Ausgang. Er will bei dieser Form — eine Bemerkung, die sich auch schon bei Trousseau[14] findet — eine ausschliesslich „überwiegend heitere Stimmung, oft ohne eine Spur von Aengstlichkeit“ beobachtet haben.

Da Speyr nur die ganz schweren fieberhaften Erkrankungen hierher rechnet, so ist es begreiflich, dass die schweren körper-

lichen Erscheinungen dem Krankheitsbilde ihren eigenen Stempel aufdrücken und natürlich den Ausgang (Speyr meint nicht allein den Ausgang der psychischen Erkrankung, sondern die allgemeine Wiederherstellung) beeinflussen, weil der schweren Erkrankung mehr Patienten erliegen als der leichteren, einer Gastroenteritis zum Beispiel.

Bei der Sichtung meines Materials fand ich nun neun Krankengeschichten, in denen Delirium tremens mit acuten, schwer fieberhaften Krankheiten sich complicierte. Einmal entwickelte sich eine Pneumonie erst, nachdem Patient schon mehrere Tage in Folge Abstinenz delirierte. Dieser Patient starb ebenso wie ein anderer mit Erisypel und Pleuritis und ein dritter mit weit fortgeschrittener Tuberculose der Lunge und der Meningen. Bei den anderen Kranken brach das Delirum tremens aus: nach Gelenkrheumatismus einmal, nach Pneumonie dreimal (einmal wie schon erwähnt, mit Epilepsie combiniert), nach Influenza zweimal. Die beiden letzteren Fälle habe ich hierhin rechnen zu müssen geglaubt, da in beiden Fällen bei grosser Schmerzhaftigkeit in den Gliedern ziemlich beträchtliches Fieber bestand.

Wenn aber auch drei Fälle tödtlich endeten, war der Verlauf der Erkrankungen doch gerade kein schwerer zu nennen; die Genesenen waren zwei am 5., drei am 6., einer am 7. Tage nach dem Ausbruche des Delirs frei von Sinnestäuschungen. Dass die Dauer eines Delirium tremens bei den geschwächten und durch die Temperatursteigerung ohnehin schon zu Delirien neigenden Patienten eine protrahiertere sein kann, wird uns nicht Wunder nehmen können. Ausdrücklich aber muss ich hervorheben, dass bei keinem meiner sämmtlichen neun Fälle eine Andeutung von angenehmer Stimmung zu constatieren war, geschweige denn, dass sich eine „vorwiegend heitere Stimmung“ gezeigt hätte. Im Gegentheile waren die Patienten durchgehends sehr ängstlich. Ich verweise nur auf die in extenso wiedergegebene 3. Beobachtung.

Auf einen meiner Pneumoniefälle möchte ich noch näher eingehen, da hier der chronische Alkoholismus, wenn auch nicht ganz ausser Frage kommend, doch sehr in den Hintergrund tritt, gegenüber der acuten Intoxication.

5. Beobachtung.

K. Philipp, Octroibeamter, 45 Jahre. Hereditär nicht belastet. Schwächlicher Mensch, litt viel an Furunculosis, Kniegelenkentzündung, hatte schon zweimal Pneumonie ohne psychische Alteration durchgemacht. Vertrug nie viel, wurde in Gesellschaft leicht betrunken, trank nur viel Bier und Wein, nie Schnaps. Seine Frau sagt, ebenso wie er selbst nach der Genesung, auf's Bestimmteste aus, dass er schon seit drei Monaten kaum noch etwas getrunken habe. Acht Tage vor Beginn des Delirs roter Ausschlag am ganzen Körper, Gefühl von Abgeschlagenheit, keine Halsschmerzen, nur Trockenheit. (Patient schnupft.)

Am 24. April bekam er einen Schüttelfrost, Schmerz in Armen und Beinen.

Am 25. Blutiges sputum.

Am 26. brach das Delirium aus. Die Delirien waren die gewöhnlichen Tiere, schwarze Männer, Teufel, Rauch. Die Temperatur stieg nicht über 38·2. Pneumonia sinistra. Am 1. Mai wurde Patient psychisch ganz klar. Er giebt dann an, er habe in seiner Krankheit wegen seiner Schwäche von seinem behandelnden Arzte viel Wein zu trinken bekommen und schiebt seine Verwirrung mit Bestimmtheit darauf. Es ist kein Grund anzunehmen, warum das Ehepaar, das seine Aussage unabhängig von einander gleich gemacht hatte, die Unwahrheit gesprochen haben sollte.

Es ist dieser Fall ein Analogon der von Legrand du Saulle[15] geschilderten Alkoholdelirien. Sie entstehen, nach dem Vortragenden, durch excessiven, in schlecht verstandenem therapeutischen Eifer verabreichten, Alkoholmissbrauch bei durch schwere Geburten oder operative Eingriffe stark geschwächten, meist weiblichen Individuen, in der leichteren Form — auf die zweite will ich hier nicht näher eingehen — in einigen Tagen nachlassend. Die Symptome sind Sinnestäuschungen, Delirien, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, ruhiger Puls. Schon damals wurde, wofür der vorstehend mitgeteilte Fall ein Beleg ist, in der dem Vortrage sich anschliessenden Discussion erwähnt, dass eine ähnliche Erkrankung sich auch bei Pneumonien erwarten liesse.

Bei einem Individuum, dessen Psyche sich durch chronische Alkoholvergiftung in äusserst labilem Gleichgewichte befindet, bricht durch einen leichten oder schweren Anstoss ein Delirium tremens aus. Welche Faktoren dabei nun concurrieren, um das Krankheitsbild zu einem so wechselvollen zu gestalten, ist leicht ersichtlich. Wie verschieden muss ein Blutverlust, eine Pneumonie bei einem relativ kräftigen und gesunden Potator in jüngeren Jahren und bei einem alten decrepiden, vielleicht phthisischen Individuum wirken. Gehäufte Excesse müssen die psychischen Functionen ganz anders alterieren bei einem Epileptiker oder hereditär belasteten Individuum wie bei einem Gesunden, und die Häufung der Excesse wieder in ganz anderer Weise, wie das Entziehen des gewohnten Reizes. Und endlich ist nicht zu vergessen, dass schon die acute Alkoholvergiftung, der Rausch, ein individuell so verschiedenes Bild giebt, dass sich kaum ein für eine grössere Anzahl von Individuen gleichmässiges Paradigma entwerfen lässt; um wie viel mehr müssen diese Unterschiede bei der chronischen Vergiftung zu Tage treten, bei der, neben der so differenten individuellen Anlage, noch die Verschiedenheit der Getränke, vom Biertrinker bis zu dem Menschen herab, der sich reinen Spiritus mit Wasser, oft nicht einmal zu gleichen Teilen, sondern mehr zu Gunsten des Spiritus mischt, und deren Mengen in Betracht kommen. Selbst bei genauester Berücksichtigung der verschiedenartigsten Einwirkungen, deren Combination dem Bild des Delirium tremens in jedem Falle seine individuelle Färbung giebt, ist es uns oft unmöglich die Erklärung zu finden, warum z. B. ein anscheinend kräftiges Individuum in wenig Stunden stirbt, ohne dass die Autopsie eine Aufklärung giebt, während ein Pneumoniker den vielleicht schon wiederholten Anfall übersteht. So scheint es geraten, bis es vielleicht gelingen wird, das Ganze nach vorläufig noch unbekannten Momenten zu scheiden, das Krankheitsbild des Delirium tremens als ein im grossen Ganzen einheitliches, in Einzelheiten aber nur individuell verschiedenes aufzufassen, und nicht durch Einteilung in verschiedene Formen, die nichts absolut charakteristisches und typisches besitzen, das Verständnis dieser Psychose zu erschweren.

Die 38 Fälle, die der vorliegenden Arbeit zu Grunde liegen, verteilen sich auf 33 Patienten, alle männlichen Geschlechtes. Der jüngste war 27 Jahre alt, der älteste 58.

Dem Alter nach kamen auf die Jahre

von	25—30	3 Patienten
„	31—35	2 „
„	36—40	9 „
„	41—45	10 „
„	46—50	6 „
„	51—55	2 „
„	56—60	1 „

Das Durchschnittsalter war annähernd 42 Jahre. Am stärksten vertreten ist der Beruf der Leute, die schwere körperliche Arbeiten zu verrichten haben, wie Taglöhner, Schiffer, Handwerker aller Art, im Ganzen 18 Kranke; Wirte und solche, deren Beruf als Kutscher, Fremdenführer, Colporteure, Küfer viele Veranlassung zum Trinken bietet, mit neun, drei Octroibeamte, ein Geometer, ein Ziegeleiverwalter, ein Tierarzt.

Die Krankengeschichten berichten 30mal über den ersten Anfall, fünfmal über den zweiten, zweimal über den dritten, einmal über den vierten; dreimal wurde der erste und zweite Anfall in der hiesigen Anstalt beobachtet, einmal der zweite, dritte und vierte.

Hereditäre Belastung fand ich sechsmal notirt: 1. Vaterschwester, 2. Mutterschwester, 3. Schwester geisteskrank, 4. Vater Potator, 5. Grossvater geisteskrank, Vatersbruder zeitweise ausser sich, Vater und Brüder alle im Rausche ausser sich, 6. Schwester hysterisch. Ein Patient war schon einmal wegen unbekannter Erkrankung sechs Monate in einer Irrenanstalt gewesen, ein anderer immer „sonderbar", einer war Dipsomane.

Bei nur acht Patienten wurde angegeben, sie trinken keinen Schnaps; die meisten, 10, tranken Bier, Wein und Schnaps, nur Bier zwei, nur Wein drei, fast nur Schnaps sieben, einer Schnaps und reichlich Absinth. Bei zwei Patienten kommt ausser dem chronischen Alkoholgenuss vielleicht auch die Schädigung durch sehr excessives Tabakrauchen in Betracht.

Dem Ausbruche des Deliriums lagen die verschiedensten Ursachen zu Grunde:

Excesse sechsmal,

Pneumonie dreimal,

Epileptische Insulte dreimal,

Influenza dreimal,

Acuter Gelenkrheumatismus, Erisypel, Fractur, Blutbrechen, Periostitis je einmal,

Aufregung und Schreck zweimal.

Die übrigen 17 Fälle vertheilen sich auf allgemeines Unwohlsein, freiwillige und gezwungene Abstinenz, körperliche Schwächezustände u. s. w.

Der Verlauf war ein recht günstiger. Nur fünf starben. Alle anderen genasen, nur einer war bei seiner Entlassung, die auf seinen dringenden Wunsch erfolgte, noch nicht ganz frei von Gehörshallucinationen, denen er sich nur bis zu einem gewissen Grade objectiv gegenüberzustellen wusste. Die Dauer war sehr verschieden; bei einem Patienten liessen erst nach mehr als einem Monate die nächtlichen „Träume" nach.

Was den Inhalt der Visionen der Kranken betrifft, so fand ich, im Gegensatze zu Näcke[16], der nur in einem Drittel aller Fälle, und Delasiauve[17], der sogar nur bei acht von 42 Kranken Tierhallucinationen nachweisen konnte, bei meinen Patienten 26 mal Tierhallucinationen. Es waren meistens Käfer, Mücken, Ratten, Katzen u. s. w.; besondere Ungeheuer waren nicht notiert. Allerdings überwiegen den Tiervisionen gegenüber, die von Personen; Teufel, Gespenster, Soldaten, Polizisten, bekannte Personen waren in 35 Fällen vorhanden. Ein Patient sah keine lebenden Wesen, er sah stets nur Pulver an den Wänden herabrieseln und Flämmchen von der Decke fallen. Ein Kranker gab an, er sehe seine Frau, fremde Mädchengestalten fortwährend kleiner werden.

Gefühlshallucinationen kamen in 18 Fällen vor, Gehörshallucinationen nur circa 22, doch ist nicht ausgeschlossen, dass bei einigen Fällen dieselben nicht constatiert werden konnten. Bei fast allen Kranken liessen sich Illusionen nachweisen, hauptsächlich

im Gesichtssinn. Geruchshallucinationen, beidemal unangenehmster Art, hatten zwei Kranke. Geschmackshallucinationen waren nicht notiert.

Die Sinnestäuschungen der Patienten hatten durchgehends fast einen schreckhaften Inhalt, so dass die Stimmung der Kranken einen fast ausschliesslich depressiven Charakter hatte, dreimal Selbstmordversuche gemacht wurden, und in vielen Fällen die Deliranten gegen ihre Umgebung aggressiv wurden. Ein Patient, dessen Krankengeschichte an eine Melancholie erinnert, zeigte einen Tag lang heitere Laune; ein anderer Patient hörte einige Stunden schönen Gesang; einer zeigte vorübergehend eine Grössenidee, er habe sechs Milliarden gewonnen, der Herrgott habe es gemacht, dass er es den Juden abgenommen. Sonst ist nirgendwo auch nur eine Andeutung angenehmer Hallucinationen oder Wahnideen notiert.

Temperatursteigerungen fand ich ausser der 4. Beobachtung immer nur dort, wo gleichzeitig Bronchitiden, Pneumonien oder ähnliche Affectionen das Fieber erklärten. Die meisten Kranken litten schon seit langer Zeit vor Ausbruch des Delirs an starken Schweissen, nur selten war die Schweisssecretion im Anfalle eine mässige. Ich kann deshalb nicht recht einsehen, warum Jules Christian[18] ein so bedenkliches Symptom darin erblicken will. Die Schweisssecretion zeigte sich sehr häufig unabhängig von starker körperlicher Unruhe.

Albuminurie ist in 16 Fällen notiert worden, also stark 40%. Fürstner[19] fand etwa den gleichen Procentsatz, während Näcke[20] 82% fand. Es ist nun zu bemerken, dass in einem Teile meiner Fälle die Krankenjournale nicht sehr ausführlich und von Tag zu Tag geführt sind, und es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass in einer Anzahl der Fälle Albuminurie vorhanden war, in denen sich im Journale keine Notiz hierüber findet. Jedenfalls muss ich betonen, dass in allen Fällen, wo die Krankenjournale in jeder Hinsicht eine genügende Ausführlichkeit zeigten, um Gewähr zu leisten, dass regelmässig untersucht wurde, Albumen, und zwar meist in ziemlich beträchtlichen Mengen gefunden wurde. Nur einmal ist ausdrücklich notiert,

dass kein Albumen gefunden, das negative Resultat aber nicht beweisend sei, da nicht auf Propeptone geachtet war, auf deren häufiges Vorhandensein bei Psychosen, Köppen[21] aufmerksam gemacht hat. Ich glaube deshalb bestimmt annehmen zu dürfen, dass eine regelmässige Untersuchung weit höhere Zahlen ergeben würde, als die bei uns gefundenen.

Eine besondere Abhängigkeit des Albumen vom Fieber war in meinen Fällen entschieden nicht vorhanden. Nicht nur, dass in einigen durch Fieber complicierten Erkrankungen Albuminurie fehlte, fand ich in zwei Fällen von Delirien bei fieberhaften Erkrankungen die Menge des gefundenen Eiweisses absolut unabhängig von der Temperatur, dagegen mit dem Höhestadium des Delirs genau übereinstimmend. Ich habe nicht wie Weinberg[22], der in Folge dessen nur 33% Albuminurie fand, die fiebernden Kranken ausgeschlossen, da ich glaube, dass gerade ein Vergleich der Temperatursteigerung, des Delirs und der Eiweissmenge den Zusammenhang dieser abnormen Secretion mit der psychischen Störung am besten illustriert, wofür nachstehende beide Tabellen als Beweis dienen mögen.

6. Beobachtung.

H. Johann, 42 Jahre, Magazinarbeiter. Erkrankte in Folge von Abstinenz. Das Fieber beruhte auf einer Malleolenfractur, die er sich durch ein tentamen suicidii zuzog.

Aufgenommen am:

27. November 1886. 39·0, viel Albumen, sehr unruhig.
28. „ „ 39·0, sehr viel Albumen, halluciniert lebhaft.
29. „ „ 38·2, viel Albumen, etwas ruhiger, aber noch delirierend.
30. „ „ 38·5, wenig Albumen, ruhiger, nur hin und wieder noch im Traume.
1. December „ 38·0, keine Spur von Eiweiss mehr. Absolut klar und orientiert.

7. Beobachtung.

K. Karl, 40 Jahre, Rasirer. Wurde am 6. Juni 1887 mit starkem Delirium, ausgebrochen nach epileptischen Anfällen, in

die Klinik aufgenommen. Als Grund des Fiebers fand sich Dämpfung links unten auf der Lunge.

6. Juni. 37·6, viel Albumen, lebhafte Unruhe.

7. „ 38·5, sehr viel Albumen; Niederschlag beträgt die Hälfte des Reagensglases, äusserst unruhig, völlig desorientiert.

8. „ 39·2, im Urin viel weniger Eiweiss, noch immer desorientirt, aber bedeutend ruhiger.

9. „ 38·1, nur noch geringe Opalescenz beim Kochen, nach ruhiger Nacht völlig klar.

Auf die Behandlungsmethoden des Delirium tremens kann ich hier nicht eingehen, da alle neueren Hypnotika — Amylenhydrat, Hyoscin, Sulfonal, Methylal, Paraldehyd, Amylalkohol — neben Chloral und Morphium angewendet wurden, teils mit, teils ohne Erfolg. Durch den Wechsel in der Anwendung der Mittel ist das Beobachtungsmaterial des einzelnen Hypnoticums ein zu geringes, um Schlüsse daraus ziehen zu dürfen.

Indem ich diese Arbeit abschliesse, bleibt mir noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Jolly für die Anregung zur Bearbeitung derselben, sowie für die Ueberlassung seines Materials meinen besten Dank auszusprechen.

Litteraturangabe.

[1] Witkowsky. X. Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte 1885. Ref. im Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band XVI. pag. 862.

[2] Wilhelm von Speyr. Die alkoholischen Geisteskrankheiten im Baseler Irrenhause. J. D. Zürich 1882.

[3] Krafft-Ebing. Lehrbuch der Psychiatrie. 1888. 3. Auflage. pag. 608.

[4] Näcke. Beiträge zur Lehre vom Delirium tremens potatorum. Deutsches Archiv für klinische Medicin. 1880. Band XXV. pag. 416.

[5] Mendel. Artikel Delirium in Eulenberg's Realencyklopädie.

[6] Magnan. De l'alcoolisme, des diverses formes du délire alcoolique et de leur traitement. Paris 1874.

[7] Mendel. Artikel Delirium acutum. Eulenberg's Realencyklopädie.

[8] Westphal. Ueber Epilepsie bei Säufern. Vortrag, gehalten in der Sitzung der Berliner medicinisch-physiologischen Gesellschaft am 26. Februar 1867.

[9] Galle. Ueber die Beziehungen des Alkoholismus zur Epilepsie. J. D. Berlin 1881.

[10] Dethlefsen. Den alcoholiske Eclampsie. Kopenhagen 1885. Ref. in den Jahresberichten über die Leistungen und Fortschritte in der gesammten Medicin von Virchow und Hirsch. XX. Jahrgang. Band 2. pag. 76.

[11] Magnan. loc. cit. pag. 79 und fgd.

[12] Fürstner. Zur Behandlung der Alkoholisten. Allgemeine Zeitschrift für Psych. Band 34. pag. 202.

[13] Krafft-Ebing. loc. cit. pag. 538.

[14] Trousseau. Medicinische Klinik des Hôtel-Dieu. Uebersetzt von Culmann 1868. II. Band. Alkoholismus.

[15] Legrand du Saulle. De certains troubles intellectuels toxiques chez des nouvelles accouchées et chez des opérées. — Annales médico-psychologiques. Paris 1883. S. VI. Band 9. pag. 137.

[16] Näcke. loc. cit. pag. 447.

[17] Delasiauve. Ueber Delirium tremens. Referat in Schmidt's Jahrbüchern der Medicin. Band 70. (1851) pag. 307.

[18] Jules Christian. De l'expectation comme méthode de traitement du délirium tremens. Annales médico-psychol. Serie III. Band 2. pag. 196. Ref. Schmidt's Jahrbücher. Band 211. pag. 190

[19] Fürstner. Ueber Albuminurie bei Alkoholisten. Archiv für Psychiatrie. Band VII. pag. 645.

[20] Näcke. loc. cit. pag. 442.

[21] Köppen. Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen. Archiv für Psychiatrie. Band 22, (1889) pag. 825.

[22] Weinberg. Ueber transitorische Albuminurie bei dem Delirium tremens und über Therapie desselben. Berliner klinische Wochenschrift. 1876. Nr. 32, pag. 465.